Case Report / Olgu Sunumu

MEDICINE PALLIATIVE CARE

Article ID: 755016

J Med Palliat Care 2020; 1(2): 46-48

# İleri yaşta tanı konulan çölyak hastalığı: sessiz seyir mi, gecikmiş tanı mı?

## Celiac disease diagnosed at an advanced age: silent course or delayed diagnose?

**Alpaslan Tanoğlu**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2.Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Cite this article as / Bu makaleye atıf için: Tanoğlu A. İleri yaşta tanı konulan çölyak hastalığı: sessiz seyir mi, gecikmiş tanı mı? J Med Palliat Care 2020; 1(2): 46-48.

### ÖZ

Çölyak hastalığı (ÇH), genetik olarak duyarlı kişilerde gluten ve gluten benzeri tahıl proteinlerine karşı kalıcı intoleransa bağlı olarak gelişen kronik bir hastalıktır. Genellikle çocukluk ve genç erişkinlik döneminde tanı konulmakla birlikte herhangi bir yaş grubunda gelişebilir. ÇH prevalansı tüm dünyada yaşlı popülasyonda artmaktadır. Bu yaş grubundaki atipik klinik görünüm ve farklı laboratuvar bulgular tanıda hatalara ve gecikmelere neden olmaktadır. Bu olgu sunumunda, halsizlik ve demir eksikliği anemisi nedeniyle kliniğimize yönlendirilen ve ÇH tanısı konulan 61 yaşındaki bayan hastamızı ele aldık. Böylece ileri yaştaki ÇH vakalarına tanısal yaklaşımdaki farkındalığı arttırmayı, tanıdaki gecikmeleri önlemeyi ve bu yaş grubu anemik hastalarda endoskopik değerlendirmenin önemini vurgulamayı hedefledik.

**Anahtar Kelimeler:** Çölyak hastalığı, yaşlı popülasyon, endoskopi

### ABSTRACT

Celiac disease (CD) is a chronic disease that develops due to permanent intolerance to gluten and gluten-like grain proteins in genetically susceptible individuals. Although it is usually diagnosed in childhood and young adulthood, it can develop in any age group. The prevalence of CD is increasing worldwide in the elderly population. Atypical clinical appearance and different laboratory findings in this age group cause errors and delays in diagnosis. In this case report, we discussed a 61-year-old female patient who was referred to our clinic due to weakness and iron deficiency anemia and diagnosed with CD. Thus, we aimed to increase awareness in the diagnostic approach to older cases of CD, to prevent delays in diagnosis and to emphasize the importance of endoscopic evaluation in anemic patients in this age group.

**Keywords:** Celiac disease, elderly population, endoscopy

## GİRİŞ

Çölyak hastalığı (ÇH); genetik olarak duyarlı kişilerde başlıca buğday, arpa, çavdar, yulaf gibi tahıllardaki gluten ve gluten benzeri tahıl proteinlerine karşı kalıcı intoleransa bağlı olarak gelişen kronik bir hastalıktır (1). Genel olarak özellikle proksimal ince bağırsağı etkileyen bir enteropati olarak kabul edilmesine rağmen, son yıllarda daha fazla oranda farkındalığın artmasıyla ve daha sık tanı konulmasıyla gastrointestinal sistem dışı bulguları da barındıran multisistem bir hastalık olduğu ortaya konulmuştur. Önceleri nadir bir hastalık olduğu düşünülürken, yapılan epidemiyolojik çalışmalarla bugün tüm dünyada çok daha yaygın konulan ve farklı toplumlarda yaklaşık olarak %0,5-1 civarında görüldüğü bilinen bir hastalık olduğu anlaşılmıştır (1,2). ÇH tanısı, sıklıkla çocukluk yaş grubunda ve erken erişkinlikte dönemde konulmaktadır, ancak günümüzde gittikçe artan oranlarda yetişkin çağlarda da teşhis edilmektedir. Bunun da ötesinde bazı çalışmalarla, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri ve bazı Kuzey Avrupa ülkelerindeki ÇH vakalarının yaklaşık %25'inin yedinci dekatta teşhis edildiğini bildirilmiştir (3). Ancak maalesef hem dünyanın birçok bölgesinde hem de ülkemizde ileri yaştaki çölyak vakaları gözden kaçabilmekte ya da ÇH tanısı ciddi anlamda gecikmektedir. Tanıdaki bu gecikmelerin temelinde, bazı vakaların ekstraintestinal bulgularla sağlık merkezlerine başvurması ya da klinik olarak tamamen

**Corresponding Author / Sorumlu Yazar:** Alpaslan Tanoğlu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2.Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, 34668, İstanbul, Türkiye
**E-mail / E-posta:** alpaslantanoglu@yahoo.com
**Received / Geliş:** 06.06.2020 **Accepted / Kabul:** 26.06.2020

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

asemptomatik olmalarının yattığı belirtilmektedir (4). Bu olgu sunumunda kliniğimize halsizlik ve demir eksikliği anemisi nedeniyle yönlendirilen ve yapılan tetkikler neticesinde ÇH tanısı konulan 61 yaşındaki vakayı bilimsel veriler eşliğinde tartışmayı amaçladık.

## OLGU

Altmış bir yaşında bir bayan hasta; halsizlik, egzersiz kapasitesinin azalması ve ara ara dispeptik yakınmaları olması üzerine başvurduğu iç hastalıkları polikliniğinde demir eksikliği anemisi tespit edilmesi üzerine gastroenteroloji polikliniğimize yönlendirilmişti. Hastanın tıbbi hikayesinden son yıllarda halsizlik yakınmalarının arttığı, kendisinde kansızlık olduğunun söylendiği ve bazı dönemlerde kansızlığına yönelik oral demir preparatlarının reçete edildiği bazen de B12 vitamini haplarını kullandığı bilgisine ulaşılmıştı. Dispeptik yakınmalarının ise son dönemde belirginleştiğini beyan etmişti. Melena ya da hematokezya tariflemiyordu. Kendisinin ilave bir hastalığı olmadığını, alkol ya da sigara kullanmadığını belirtmiş olup, aile hikayesinde de özellik yoktu. Fizik muayenesi normaldi. Hastanın poliklinik değerlendirilmesine demir eksikliği ve folat eksikliği tespit edilmiş olup, mikrositer bir anemi mevcuttu ve gaitada gizli kan tetkiki negatifti (**Tablo**). Daha önce de demir eksikliği olduğunu beyan etmesi, ilave olarak folat eksikliği tespit edilmesi ve gaitada gizli kan tetkikinin negatif olması nedenli hastada doku transglutaminaz antikorlar çalışıldı (**Tablo**). Bu antikorların pozitif olması üzerine daha geniş biyokimyasal tetkikler çalışılarak üst gastrointestinal sistem endoskopisi planlandı. Endoskopide, duodenal mukozada çölyak hastalığını düşündüren mozaik patern, duodenal kıvrımlarda silinme ve taraklanma bulgusu izlendi (**Şekil**). Duodenal biyopsi örnekleri intraepitelyal lenfosit infiltrasyonu, kript hiperplazisi ve villöz atrofi gösterdi. Öte yandan yapılan total kolonoskopi ve tüm abdominal ultrasonografide patoloji tespit edilmedi. Teşhis netleştikten sonra hastaya glutensiz diyet başlandı, demir ve folik asit tabletleri reçete edildi. Birkaç hafta sonra aneminin düzeldiği ve hastanın kendini iyi hissettiği gözlemlendi. İlerleyen dönemde anti-transglutaminaz antikor pozitifliğinin devam etmesi ve diyete uyumda aksamalar olduğu bilgisine ulaşılması üzerine, hastanın çölyak diyetine sıkı sıkıya uyması tembihlenerek periyodik kontrollere çağrıldı.

## TARTIŞMA

Günümüzde, özellikle ileri yaştaki yetişkinler arasında, CH teşhisi görülme sıklığı gittikçe artmaktadır (5). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada ise 65 yaş üstü yetişkinlerde konulan CH tanı oranının 0-18 yaş grubundakilere benzer olduğu öne sürülmüştür (6). Bir Finlandiya çalışmasında, 52-74 yaş arası kişilerde biyopsi ile kanıtlanmış CH tanısının %2,1 civarında olduğu bildirilmiştir (7).

İleri yaştaki yetişkinlerde ÇH'nin klinik yelpazesi; önemli kilo kaybı olan şiddetli malabsorbsiyon bulgularından, demir veya kalsiyum gibi tek bir elementin besinsel eksikliğine kadar geniş bir şekilde değişkenlik gösterir (8). Yaşlı popülasyonda ÇH'na bağlı gelişen tipik gastrointestinal bulgulara, genç erişkinlere göre daha az sıklıkta rastlanmaktadır. İleri yaş grubunda ÇH nedenli sağlık merkezlerine başvuruda elementel besinlerin eksikliği ve bu eksikliklere bağlı klinik bulgular ön plandadır (9). Yaşlılarda gastrointestinal semptomlar mevcut olduğunda şiddeti genellikle hafiftir ve bu durum sıklıkla tanıyı zorlaştırır. İshal, kilo kaybı ve karın ağrısı yaşlı hastalarda ÇH'dan daha çok malignite ya da daha yaygın olarak irritabl bağırsak sendromunu akla getirmektedir (10).

ÇH tanısı konulan ileri yaştaki yetişkinlerin yaklaşık %80'i, esas olarak demir eksikliği anemisi ile sağlık merkezlerine başvurmaktadır (11). Bununla birlikte, bu hastalarda folik asit ve B12 vitamini eksikliği de anemiden sorumlu olabilir. Öte yandan bu hastalarda görülebilen kalsiyum ve D vitamini eksikliği, özellikle kemik metabolizması bozukluklarına yatkın olan yaşlı hastalarda kırık riskine katkıda bulunan ve kemik kütlesinde bir azalmaya yol açan riskli bir durumdur (12) İleri yaşlardaki ÇH vakalarının yaklaşık %20'sinde anormal karaciğer fonksiyon testleri mevcut olabilir; bu durum "çölyak hepatiti" olarak adlandırılır (13). İlave olarak bu vakalarda; hipoalbuminemi, periferik ödem ve hatta asit saptanabilir, bu klinik bulguların en önemli özelliği glutensiz diyete tipik olarak iyi cevap vermesi böylece bu bulguların diyetle gerileme göstermesidir (14).

**Tablo.** Hastanın laboratuvar sonuçları

| Test | Hasta sonuçları | Referans aralık | Test | Hasta sonuçları | Referans aralık |
|---|---|---|---|---|---|
| Lökosit (x10³/µl) | 6,47 | 3,6-11 | Ferritin (ng/ml) | 4,62 | 4,63-204 |
| Hemoglobin (g/dl) | 11,2 | 12-16 | Folat (ng/ml) | 1,5 | 4,5-20,5 |
| Hematokrit (%) | 31,4 | 38-52 | 25-Hidroksi Vitamin D (ng/ml) | 4,5 | 11-70 |
| Ortalama Korpuskular Hacim (MCV) (10³ fL) | 76,1 | 78-100 | Vitamin B12 (pg/ml) | 346 | 300-883 |
| ALT (U/L) | 34 | 5-40 | Glukoz (mg/dl) | 111 | 65-107 |
| AST (U/L) | 27 | 5-40 | Doku transglutaminaz Ig G | 2,59 Pozitif | Negatif |
| Kreatinin (mg/dl) | 0,46 | 0,6-1,2 | Doku transglutaminaz Ig A | >2,7 Pozitif | Negatif |

**Şekil.** Hastanın duodenumunun endoskopik görünümü

Yaşlı hastalarda CD tanısı gençlerde olduğu gibi aynı yönergeleri izler (13-15). Tanı, endomisyal antikorların veya doku transglutaminaz antikorlarının varlığına ve duodenal biyopsi örneklerinin histopatolojik incelemesine dayanır. Yine ileri yaş grubu bir hastada, klinik olarak ÇH şüphesi olduğunda, negatif seroloji olsa bile, hastalar duodenal biyopsi incelemesi yapılması için endoskopi işlemine tabi tutulmalıdır (15).

## SONUÇ

Çölyak hastalığı tanısı için semptomatoloji ve pozitif serolojik testler vazgeçilmez olsa da; atipik şikayetler ve farklı laboratuvar bulgularıyla başvuran ileri yaş grubundaki hastalarda öncelikle ÇH'nı akla getirmek, klinik olarak şüphe etmek ve zamanında endoskopik değerlendirme yapılmasını sağlamak, ÇH gibi ömür boyu devam edecek ve tanı koyulmadığı sürece hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek bir hastalığın tanısının gözden kaçmamasını sağladığı gibi ve komplikasyonların da önlenmesine yol açacaktır.

## ETİK BEYANLAR

**Aydınlatılmış Onam:** Bu çalışmaya katılan hastadan yazılı onam alınmıştır.

**Hakem Değerlendirme Süreci:** Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

**Çıkar Çatışması Durumu:** Yazar(lar) bu çalışmada herhangi bir çıkara dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Yazar Katkıları:** Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Makovicky P, Makovicky P, Caja F, Rimarova K, Samasca G, Vannucci L. Celiac disease and gluten-free diet: past, present, and future? Gastroenterol Hepatol Bed Bench 2020; 13: 1-7.
2. Hujoel IA, Murray JA. Refractory celiac disease. Curr Gastroenterol Rep 2020; 22: 18.
3. Rubio-Tapia A, Ludvigsson JF, Brantner TL, Murray JA, Everhart JE. The prevalence of celiac disease in the United States. Am J Gastroenterol 2012; 107: 1538-44.
4. Cappello M, Morreale GC, Licata A. Elderly onset celiac disease: a narrative review. Clin Med Insights Gastroenterol 2016; 9: 41-9.
5. Murray JA, Van Dyke C, Plevak MF, Dierkhising RA, Zinsmeister AR, Melton LJ. III Trends in the identification and clinical features of celiac disease in a North American community, 1950–2001. Clin Gastroenterol Hepatol 2003; 1: 9–27.
6. Patel D, Kalkat P, Baisch D, et al. Celiac disease in the elderly. Gerontology 2005; 51: 213–4.
7. Vilppula A, Collin P, Maki M, et al. Undetected coeliac disease in the elderly: a biopsy-proven population-based study. Dig Liver Dis 2008; 40: 809–13.
8. Green PH. The many faces of celiac disease: clinical presentation of celiac disease in the adult population. Gastroenterology 2005; 128(4 suppl 1): S74–S78.
9. Freeman HJ. Adult celiac disease in the elderly. World J Gastroenterol 2008; 14: 6911–14.
10. Holt PR. Intestinal malabsorption in the elderly. Dig Dis 2007; 25: 144–50.
11. Baghbanian M, Farahat A, Vahedian HA, Sheyda E, Zare-Khormizi MR. The prevalence of celiac disease in patients with iron-deficiency anemia in center and south area of Iran. Arq de Gastroenterologia 2015; 52: 278–82.
12. Rashtak S, Murray J. Celiac disease in the elderly. Gastroenterol Clin North Am 2009; 38: 433–46.
13. Düzenli T, Tanoglu A. Liver manifestations of celiac disease. J Ist Faculty Med 2017; 80: 111-9.
14. Rubio-Tapia A, Murray JA. Liver involvement in celiac disease. Minerva Med 2008; 99: 595–604.
15. Vivas S, Ruiz de Morales JM, Fernandez M, et al. Age-related clinical, serological, and histopathological features of celiac disease. Am J Gastroenterol 2008; 103: 2360–5.